

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR

Medicine

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RENÉ GOURDON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Bordeaux, le 30 Mars 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES SCOLIOSES DU NOURRISSON

Président : M. OMBRÉDANNE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1928



THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1928

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RENÉ GOURDON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Bordeaux, le 30 Mars 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES SCOLIOSES

DU NOURRISSON

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LCÉPER.
Hygiène.	N
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	II. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSEIME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RRANCA
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose.	L. BERNARD

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	HUTINEL	Pathologie médicale
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.	JOYEUX	Parasitologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
BINET	Physiologie.	LÉVY SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
CLERC	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
DEBRÉ	Hygiène.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	PHILIBERT	Bactériologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHEL Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
FISSINGER	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	VELTER	Ophthalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
HEITZ-BOYER	Urologie.		
HOVELACQUE	Anatomie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	REITTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.
LEQUEUX	Parasitologie.	ZIMMERN	Physique.
NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	GOUGEROT	Clinique médicale.
LEREBoullet. . .	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidents du travail,
		les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

pour le service des examens

MM.		MM.	
MAUCLAIRE	Chirurgie orthopédique	MAUCLAIRE	Chirurgie orthopédique
CHAILLEY-BERT	Éducation physique	CHAILLEY-BERT	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique

A MON PÈRE ET PREMIER MAITRE

LE DOCTEUR J. GOURDON

En témoignage de ma profonde affection.

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présirer cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

M. LE DOCTEUR DUJARIER (1921-1922) ;

M. LE DOCTEUR MATHIEU ;

M. LE DOCTEUR MOUCHET (1922-1923) ;

M. LE DOCTEUR BROUARDEL (1923-1924) ;

M. LE DOCTEUR GANDY (1924-1925) ;

M. LE PROFESSEUR WIDAL (1925-1926) ;

M. LE DOCTEUR MOURE (1926-1927) ;

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE (1928).

A M. LE DOCTEUR LANCE

*Qui m'a aidé souvent de ses conseils,
j'adresse ici mes sincères remer-
ciements.*

A MM. LES DOCTEURS MOUCHET
ET DOCTEUR ROEDERER

*Qui ont montré toujours beaucoup
de bienveillance à mon égard, et
ont bien voulu me donner quelques-
unes de leurs observations.*

A M. LE DOCTEUR HUC

En témoignage de ma reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR SÈNÈQUE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR HUTINEL
MÉDECIN DES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR GAUTIER
MÉDECIN DES HOPITAUX

Introduction

Nous envisagerons ici les scoliozes apparaissant dans les premiers mois de l'existence, c'est-à-dire de la naissance jusqu'à l'âge de deux ans. Nous essaierons d'en définir l'aspect clinique, d'en décrire l'évolution et de montrer les résultats que l'on peut espérer obtenir par leur traitement.

Tous les auteurs s'accordent pour affirmer que ces scoliozes sont rares ; cependant, les malformations congénitales asymétriques du rachis sont assez fréquentes, mais elles ne déterminent souvent de déviations vertébrales permanentes qu'à une période plus avancée de l'existence.

Sur le nombre de scoliozes examinées par M. le Docteur Lance dans le Service de M. le Professeur Ombrédanne, de 1920 à 1928, nous n'en avons relevé que onze cas apparus chez de tous jeunes enfants. Dans les observations du Service de M. le Docteur Gourdon, à l'Hôpital des enfants de Bordeaux, on en a trouvé 4 cas.

On en découvrirait peut-être plus souvent si on examinait systématiquement le dos des enfants en bas-âge ; cependant, Covillé ayant fait des recher-

ches sur 1015 nourrissons, de un jour à trois mois, ne trouva que deux cas de scolioses. Nous-mêmes avons examiné une centaine de jeunes enfants chez lesquels nous n'avons pu découvrir trace de déviation vertébrale latérale.

Au cours de notre travail, nous ferons d'abord l'étude clinique des scolioses du nourrisson, puis nous indiquerons les affections avec lesquelles on pourrait les confondre ; nous terminerons, enfin, par l'énumération des traitements préconisés.

I. Etude Clinique

Les scolioses des nourrissons se divisent en deux groupes : 1°) Les scolioses congénitales ayant « pour cause une altération embryonnaire ou fœtale du germe, portant sur une ou plusieurs parties de la colonne vertébrale » (Mouchet et Röederer) ; 2°) les scolioses acquises, qui ne sont pas dues à une malformation osseuse primitive.

SCOLIOSES CONGÉNITALES

Parmi les scolioses congénitales, il en est quelques-unes dont l'origine ne peut être contestée : ce sont celles s'accompagnant de malformations osseuses apparentes, hémivertèbres, fusions vertébrales, anomalies costales.

D'autres, cependant, peuvent être groupées sous cette dénomination de scolioses congénitales bien que semblant présenter une intégrité des segments osseux.

A. Scolioses avec anomalies vertébrales

La majorité des observations que nous avons recueillies se rapportent à des scolioses ayant à leur origine des malformations au niveau des vertèbres, constatées radiographiquement.

Rappelons, cependant, que la lecture d'images radiographiques des rachis d'enfants tout jeunes est souvent sujette à caution. Desfosses a fait remarquer, à propos d'un cas d'autopsie de Klippel, que l'interprétation de ces anomalies osseuses devenait malaisée même quand on avait les pièces en main.

a) *Hémivertèbre*

L'hémivertèbre est la malformation la plus fréquemment observée : nous en avons relevé treize cas. Celle-ci, qu'il s'agisse d'une pièce supplémentaire ou d'hémiatrophie d'une vertèbre normale, aboutit à la formation d'une courbure vertébrale latérale dont la convexité est dirigée du côté du coin osseux, à gauche le plus souvent.

Cette scoliose serait plus fréquente chez la fille que chez le garçon.

Elle siège, le plus souvent, au niveau de la région lombaire ou dorso-lombaire. Nous trouvons sept cas avec un coin osseux supplémentaire entre la 1^{re} et la 2^e lombaire, dans deux de ceux-ci existe, en plus, une pièce surnuméraire : dans l'un entre la 11^e et 12^e dorsale, dans l'autre entre la 10^e et 11^e.

Dans trois autres observations, cette hémivertèbre surnuméraire se trouve, dans l'une, entre la 11^e et la 12^e dorsale, dans l'autre, entre la 12^e dorsale et la première lombaire, dans la troisième entre la 2^e et 3^e lombaire.

Cramer mentionne un cas avec hémiatrophie droite de la 12^e dorsale et de la 1^{re} lombaire. Enfin, dans deux observations de M. le Docteur Lance, nous avons trouvé, d'une part, que les 9^e, 10^e et 11^e dorsales étaient cunéiformes, d'autre part, un aspect analogue de la 12^e dorsale et de la 1^{re} lombaire. Un cas de Kirmisson comporte une hémiatrophie de la 9^e dorsale.

Cette scoliose est souvent d'apparence gibbeuse, ce qui explique qu'elle ait été remarquée plus souvent chez les enfants en bas âge. En général, il ne s'agit pas de scoliose totale, comme dans la scoliose sans anomalie vertébrale mais d'une courbure limitée et dont la caractéristique est d'être brusque et de petit rayon : parmi les observations citées, seule, celle de Gottstein, concerne une scoliose totale ; les autres sont des scolioses lombaires ou dorso-lombaires.

L'hémivertèbre se manifestant extérieurement par une gibbosité plus ou moins considérable en impose dans quelques cas pour une gibbosité pottique.

Ce symptôme se retrouve dans les observations de Chevrier, Kirmisson, Mouchet-Pendl, Mouchet, Röderer et dans un cas de M. le D^r Lance.

La palpation permet d'ailleurs, mieux que l'inspection, de se rendre compte de la brusquerie de l'inflexion, on peut suivre ainsi la ligne des apophyses épineuses et l'on constate que celle-ci est brusquement rejetée sur le côté.

On peut parfois sentir à côté de la ligne des apophyses épineuses la masse latérale de l'hémivertèbre si aiguë qu'elle saille comme une seconde apophyse épineuse et soulève pour ainsi dire la gouttière.

La pression de cette masse, comme celle de l'apophyse épineuse, n'est nullement douloureuse, et n'entraîne aucune modification de son volume. Cette irréductibilité serait pour Mouchet et Røederer un des signes essentiels de la scoliose congénitale par hémivertèbre.

A l'inflexion se joint un degré de rotation assez accentué, nié cependant par certains auteurs. On peut s'en rendre compte par le palper, qui permet de sentir les apophyses transverses de l'hémivertèbre et des vertèbres sus et sous-jacentes situées sur un plan plus postérieur que celles des vertèbres plus éloignées.

Hoffa pensait que cette rotation s'effectuait dans un sens inverse de celle des scolioses acquises.

Au sujet de l'évolution de ces scolioses congénitales, Mouchet et Røederer pensent qu'il n'apparaît pas de courbure de compensation avant que l'enfant ait fait ses premiers pas. A ce moment, sous l'influence de la pesanteur, une courbure compensatrice va se former : elle sera dorsale le plus sou-

vent, l'hémivertèbre siégeant dans la grosse majorité des cas dans la région lombaire ou dorso-lombaire.

Habituellement, elle est immédiatement placée au-dessus de la courbure primitive. Parfois la courbure lombaire est continuée du même côté par une scoliose dorsale primitive et la compensation ne commence que très haut au niveau de la 6^e dorsale (Frœlich). Cette compensation n'est pas énorme en général, beaucoup moins en tout cas que dans la scoliose rachitique. Cette scoliose aurait tendance à augmenter régulièrement avec l'âge à mesure que la pièce surnuméraire s'accroît. Elle reste longtemps souple. Ce n'est qu'assez tard qu'apparaîtraient des raideurs articulaires et des ankyloses au niveau de l'incurvation. Celles-ci deviendraient permanentes au moment de la puberté (Dubreuil Chambardel).

L'avenir de ces scolioses est considéré de façon différente selon les auteurs.

Pour Mouchet et Røederer les scolioses par hémivertèbre n'aboutiraient pas à des déformations considérables quand le traitement, qui doit se prolonger durant toute la période de croissance, est soigneusement appliqué. Ils ont même signalé des malades qui, après dix ans, étaient redressés et chez lesquels il ne persistait plus qu'une très faible gibbosité.

Chevrier pense, au contraire, que les déviations créées par les malformations vertébrales évo-

luent, s'aggravent, sous l'influence de la station verticale et de la pesanteur jusqu'à ce que la colonne vertébrale ait terminé sa croissance. A son avis, au point de vue thérapeutique, les déviations par malformation vertébrale n'ont aucune tendance à l'amélioration spontanée et résistent, également, vu leur nature, à tout traitement orthopédique, fut-il même très bien dirigé.

Nau admet de même la progressivité de ces scoliozes.

Pour Putti, on pourrait obtenir des améliorations par le traitement. Mais il ne faudrait pas se faire d'illusions et croire que le résultat obtenu soit toujours définitif ; un certain temps est nécessaire avant que le squelette et les parties molles se soient adaptés à cette nouvelle situation et il ne faut pas abandonner le tronc du malade sans soutien avant d'avoir la certitude qu'il pourra se maintenir.

Fleury, sans préciser de la nature de la scoliose, écrit dans sa thèse que la scoliose congénitale est grave et que la courbure de la colonne vertébrale ira en s'accroissant. Elle s'exagérera dès que l'enfant pourra s'asseoir et s'accroîtra plus encore quand il pourra se tenir debout et marcher.

Redard pense de même que les scoliozes congénitales, sans distinction, observées quelque temps après la naissance, continuent à progresser malgré le traitement le mieux dirigé.

Dans les observations que nous avons recueillies, les évolutions sont assez diverses.

Dans le cas de Gottstein, après application d'un lit plâtré, l'état de l'enfant s'est amélioré. Une observation de Mouchet mentionne une aggravation. Par contre, Cramer obtint la guérison de son petit malade. Sur trois cas, suivis par M. le Docteur Lance, deux d'entre eux se sont améliorés par le traitement, le troisième guérit.

M. le Docteur Røederer a obtenu une amélioration nette dans deux cas.

b) *Fusion vertébrale.*

En général, la scoliose par fusion de plusieurs vertèbres ne se manifeste pas dès les premiers mois de la vie. Cependant, M. le Docteur Lance en a observé un cas qui a été examiné par lui à l'âge de treize mois, mais dont la déformation a été remarquée par les parents dès le huitième mois. Cette fusion, comme dans la majorité des cas, n'était pas un phénomène isolé ; elle s'accompagnait, en effet, de la scissure en deux masses latérales des vertèbres, la fusion n'existait que d'un côté. De plus, il y avait un spina postérieur au niveau des deux vertèbres sous-jacentes. Ces malformations osseuses se trouvaient au niveau de la région dorso-lombaire (11^e et 12^e dorsales, 1^{re} lombaire) qui semble être avec la région lombaire un des sièges de prédilection. La courbure était limitée à la région dorso-lombaire et présentait une brusque inflexion en baïonnette au niveau de la 1^{re} lombaire.

Cette déviation latérale du rachis s'accompagnait

d'une rotation des corps vertébraux avec gibbosité costale qui est apparue dès le début de l'évolution de cette scoliose.

L'enfant a été traité et suivi régulièrement dans le service de M. le professeur Ombrédanne.

Quatre ans après, la déviation latérale a presque complètement disparu, le rachis est sensiblement rectiligne. Il persiste, néanmoins, une gibbosité costale, inférieure gauche, qui est en voie d'amélioration.

B. Scolioses par anomalies costales

Il est fréquent que des anomalies costales coexistent avec des malformations vertébrales ; il en est ainsi dans l'observation publiée par Mouchet en 1898. Cependant, il est des cas où les troubles de l'ostéogénèse costale sont les seules causes de la déviation vertébrale.

Silberstein rapporte l'observation d'un enfant de cinq mois qui présentait une fusion de six côtes gauches, avec création au point de jonction d'une sorte de palette osseuse. Cette malformation costale avait déterminé la formation d'une scoliose dorso-lombaire droite ; l'auteur ne dit pas quelle en fut l'évolution.

Trape mentionne le cas d'une fillette avec scoliose dorsale en baïonnette et absence des 6^e et 7^e côtes ; cette enfant présentait, de plus, un spina bifida latéral de la région sacrée.

C. Scolioses sans anomalies osseuses

Il est mentionné huit cas de déviations du rachis avec intégrité complète du squelette ; certains auteurs tendent à ranger dans ce dernier groupe le cas de Sainton, bien qu'il n'y ait pas eu de cliché radiographique.

Ce type de scoliose serait exceptionnel (Putti). Il s'agit d'enfants chez qui la mère ou l'entourage ont noté parfois dans les premiers jours après la naissance une flexion latérale généralement accentuée du tronc. Plus tard, du reste, la rotation s'accroît et le cercle costal prend une attitude oblique.

Sur les huit observations que nous avons rapportées, une seule aurait débuté par la déviation vertébrale. Dans les autres cas, l'inclinaison latérale du tronc a pu passer inaperçue, c'est la gibbosité qui a attiré l'attention des parents. Il s'agit, pour la plupart, d'enfants âgés de près d'un an ; dans les cas de Hirschberger et de Sainton, la gibbosité fut remarquée, cependant, dès la naissance.

Cette scoliose est en général à grande courbure, parfois très prononcée. Dans deux seulement des observations mentionnées, on a constaté une inflexion à courbure limitée de la 2^e à la 9^e vertèbre dorsale (Lance) et de la 6^e à la 11^e dorsale (Gourdon). Il peut être intéressant de rappeler que parmi les trois malades de M. le Docteur Lance, c'est le seul dont la lésion n'ait pas régressé par le traitement, mais au contraire se soit aggravée.

Mouchet et Roederer se demandent si ces scolioses dites sans anomalies osseuses comportent vraiment une intégrité complète du squelette, beaucoup de ces petites anomalies passant inaperçues sur un cliché radiographique du nourrisson.

Cette hypothèse paraît d'autant plus vraisemblable que, dans un cas du Docteur J. Gourdon, on ne constata aucune anomalie des corps vertébraux à l'âge de dix-huit mois, mais, à l'âge de 14 ans, la déformation s'étant maintenue, une nouvelle radiographie montra une anomalie des corps vertébraux : héli-atrophie.

En ces cas, l'auteur pense avec Nau que la chondrification vertébrale a été normale, mais que les points osseux apparus en lieu et place normaux n'ont pas eu leur développement habituel.

Putti est assez optimiste sur l'avenir de ces scolioses, pensant que l'on peut après traitement voir disparaître des courbures même très importantes. Mouchet et Roederer ne partagent pas entièrement son avis, ils distinguent deux formes : celles qui guérissent par le traitement et celles qui, malgré tous les soins, s'aggravent. Il s'agirait alors de scolioses s'accompagnant rapidement de déviation compensatrice et de torsion. Sur les trois cas du Docteur Lance, un guérit par le traitement, un autre ne fut pas revu, le troisième s'est aggravé, bien qu'il fût traité. Pour la malade du Docteur Gourdon, la déformation resta stationnaire.

Le malade de Maas évolua vers la guérison ; celui

de Hirschberger mourut de pneumonie et l'auteur put se rendre compte que seuls les disques intervertébraux étaient déformés.

En dépit du traitement le cas du Docteur Roederer s'aggrava ; celui du Docteur Mouchet guérit complètement en six mois.

D. Malformations costales avec rachis rectiligne

Il nous reste à mentionner deux cas rapportés par M. le Docteur Lance à la Société de Pédiatrie. Ces enfants, tous deux du sexe féminin, ont été examinées pour la première fois l'une à l'âge de cinq mois, l'autre à quinze jours.

Elles présentaient une **gibbosité costale postérieure** siégeant pour les deux à gauche. Par contre, le rachis était rectiligne et la radiographie ne fit que confirmer ces données.

On peut se demander si on doit exclure ces observations du cadre des scolioses et considérer qu'il s'agit de troubles portant uniquement sur l'arc costal. Mais il est possible de penser que cette gibbosité costale n'est que la manifestation d'une rotation des segments vertébraux, rotation s'étant faite sans inclinaison latérale des corps, suivant la théorie de Lovett.

Il semble d'ailleurs que cette déformation soit de peu de gravité ; chez la seule malade qu'on ait pu suivre, on la vit diminuer sans qu'aucun traitement fût institué, et le rachis ne se dévia pas.

Avant de terminer le chapitre des scolioses des nourrissons d'origine congénitale, il faut mentionner que la scoliose peut ne pas être un phénomène isolé et coexister avec d'autres anomalies. Cette association serait plus fréquente dans les scolioses par hémivertèbre.

Dans les observations relatées, l'une mentionne l'existence d'une imperforation anale chez un enfant présentant une déviation vertébrale due à une hémivertèbre. L'enfant dont Hirschberger rapporte l'observation avait une luxation congénitale de la hanche droite ; il s'agissait, dans ce cas, d'une scoliose sans malformation osseuse.

L'enfant observé par Trape, présentait des déformations multiples : malformations costales, pneumocèle congénitale, spina bifida latéral de la région sacrée, anus vulvaire.

Parmi les malades de M. le Docteur Lance, trois présentaient des malformations associées à la scoliose. L'un avait une hémiatrophie du crâne du côté droit, ainsi qu'une atrophie de l'omoplate du même côté. Chez un autre enfant on constata l'existence d'une division du voile du palais ; le dernier est né avec du talus valgus bilatéral.

L'enfant d'une observation du D^r A. Mouchet avait de l'asymétrie cranienne.

SCOLIOSES ACQUISES

Les scolioses congénitales, bien qu'étant plus fréquentes, ne sont pas les seules qu'on puisse observer chez les nourrisson. Au cours des deux premières années de la vie, l'enfant peut être atteint d'affections amenant des troubles dans la statique vertébrale.

Au moment de la naissance des manœuvres obstétricales laborieuses déterminent parfois l'apparition de phénomènes paralytiques engendrant une scoliose (Nau) ; ces faits semblent cependant exceptionnels.

Une scoliose peut survenir chez un nourrisson ayant subi une atteinte de poliomyélite antérieure aiguë. Le rachitisme est encore facteur de scoliose. Si c'est entre 18 et 24 mois qu'on rencontre le plus d'enfants rachitiques (Comby), par contre, la scoliose rachitique ne s'observe qu'exceptionnellement avant deux ans (Redard, Lance). Elle s'accompagne presque constamment de cyphose, mais cette cyphoscoliose est précédée de quelque temps par une cyphose pure, elle porte en général sur une portion étendue du rachis, dorso-lombaire : le sommet de la déviation rachitique primitive correspond au milieu du rachis, les courbures de compensation sont situées très haut dans la région cervico-dorsale et très bas dans la région lombo-sacrée.

Cette scoliose s'accompagne de rotation verté-

brale accusée. Elle se corrige complètement, par pression manuelle, sur l'enfant assis. Mis à plat sur le ventre, on constate le déroulement total de la colonne vertébrale de l'enfant rachitique, celui-ci contraste avec le déroulement incomplet de celle du scoliotique congénital.

Chez de tels enfants on retrouve divers symptômes venant signer l'origine de cette scoliose : fermeture incomplète des fontanelles, altération de la forme du crâne, implantation défectueuse des dents, chapelet thoracique, gonflement des épiphyses, courbure diaphysaires.

Un cas de scoliose rachitique chez un enfant de deux mois a été trouvé par Coville parmi les nourrissons qu'il a examinés.

Nous rapportons deux cas de scoliose rachitique de M. le Docteur Lance, un de M. le Docteur Röederer et trois observations du Docteur J. Gourdon de déviation vertébrale ayant apparu chez des nourrissons avec stigmates probables d'hérédosyphilis.

Les scolioses dues au rachitisme seraient, pour Redard, plus facilement améliorables par le traitement que les scolioses congénitales.

La constatation d'une incurvation du rachis chez un nourrisson présentant des signes de rachitisme, n'implique pas toujours que cette déviation soit d'origine rachitique. M. Lance, en effet, rapporte le cas d'un petit rachitique porteur d'une scoliose et chez lequel la radiographie de la colonne verté-

brale, montra un arrêt de développement siégeant sur la moitié droite de la 9^e dorsale.

De même, Mouchet a publié le cas d'une petite rachitique chez laquelle on a vu une déviation vertébrale apparaître à l'âge de dix-huit mois. Sur la radiographie, on constata que la 9^e vertèbre dorsale avait un aspect en coin.

Enfin Broca et Mouchet ont publié l'observation d'une scoliose apparue chez un rachitique, qui présentait une hémiatrophie de la 12^e dorsale.

Signalons la possibilité d'apparition d'une scoliose transitoire au cours du tétanos : Grenet et Mlle Vogt ont rapporté à la Société de Pédiatrie (16 octobre 1928), l'observation d'une fillette de douze jours, atteinte de tétanos, et chez laquelle se développa une cypho-scoliose extrêmement accentuée due à la contracture musculaire et qui disparut rapidement.

II. Diagnostic

Il y a peu d'affections qui simulent la scoliose du nourrisson, qu'elle soit congénitale ou acquise.

On ne saurait donner le nom de scoliose aux inflexions du tronc présentées par les jeunes enfants débiles, ou nés avant terme, dont le tronc est encore trop faible pour soutenir le poids des membres supérieurs et de la tête, et qui se courbent par le seul fait de la pesanteur. Chez de tels enfants la mensuration dénote une parfaite symétrie du thorax et si on les fait tenir sous les aisselles on voit la colonne reprendre sa rectitude normale.

Il en est de même des déviations latérales, observées chez les enfants portés trop tôt sur les bras.

Il n'est en somme qu'une affection pouvant donner lieu à un diagnostic différentiel : c'est le Mal de Pott ; encore, parmi les scolioses congénitales, il ne pourrait y avoir confusion qu'avec la scoliose par hémivertèbre.

Dans les deux cas, en effet, l'on constate l'existence d'une tumeur osseuse vertébrale, s'accompagnant de contracture des muscles des gouttières vertébrales, Cependant, la raideur accompagnant

parfois la scoliose congénitale n'est pas comparable à la contracture fixant les vertèbres au cours du Mal de Pott. Si, l'enfant étant placé sur le ventre, on le soulève par les pieds, on constate que la colonne Pottique est enlevée d'un bloc ; par contre, au cours de la scoliose congénitale, on obtiendra un certain degré de mobilité du rachis.

La palpation de la tumeur vertébrale pottique, qui siège au milieu du rachis, est douloureuse et provoque des cris.

La gibbosité de la scoliose congénitale est paramédiane et indolore.

Peut-être pourrait-on penser au Mal de Pott en présence d'une scoliose rachitique accentuée, mais les stigmates de rachitisme et la souplesse exagérée du rachis mettront facilement sur la voie du diagnostic.

En général, la distinction entre la scoliose acquise du nourrisson et la scoliose congénitale n'offre pas de difficultés cliniques. Il ne pourrait se produire d'erreur de diagnostic que chez un sujet ayant, avec des stigmates de rachitisme, une scoliose à point de départ congénital ; en ce cas, la radiographie donnerait les éclaircissements nécessaires. Parmi les scolioses congénitales, celles dues à une hémivertèbre surnuméraire ou une hémiatrophie vertébrale, et celles sans aucune malformation osseuse, possèdent chacune des signes cliniques particuliers susceptibles de les distinguer avant tout examen radiographique.

Les premières sont, à courbure limitée, brusque, de petit rayon, avec saillie paraspinale, ayant un certain degré de rigidité.

Les scolioses sans anomalie osseuse ont une courbe étendue, sans saillie paraspinale, elles sont souples.

III. Traitement

Plus le traitement sera précoce, plus on aura de chance d'obtenir un bon résultat.

Dans le cas de scoliose congénitale sans modification des vertèbres, on tendra à redresser le rachis, passivement, par le décubitus, dans un lit plâtré correcteur, ce qui est possible, les lésions portant uniquement sur les disques intervertébraux comme le prouve l'autopsie du petit malade de Hirschberger.

Pour les scolioses avec malformations vertébrales et principalement les scolioses par hémivertèbre ou hémiatrophie vertébrale qui, nous l'avons vu, constituent la majorité des scolioses du nourrisson, le traitement doit tendre à développer les courbures de comperisation, et à atténuer la saillie costale. L'enfant sera placé dans un lit plâtré d'hypercorrection. Ce lit est établi d'après un moulage du dos du sujet, moulage que l'on modifie ensuite sur le positif pour provoquer des attitudes thoraciques inverses de celles qui sont pathologiques. La confection sur ce moulage du lit plâtré est faite alors, et, celui-ci est garni de lainage. L'enfant y restera cou-

ché en permanence, fixé par une courroie passant sur la partie antérieure du tronc. Pour éviter le ramollissement du plâtre sous l'influence des souillures, on pratique une ouverture au niveau du bassin, dont les pourtours sont protégés par du tissu imperméable ; la surface extérieure de l'appareil est enduite de celluloïde ou de paraffine, ou même de savon blanc sec.

Dès que l'enfant est assez redressé et suffisamment fort pour s'asseoir, on lui applique un léger corset de maintien. La nature de ce corset diffère selon les auteurs. Feutelais, Mouchet, Lance, Gourdon, emploient le celluloïd. Sainton a utilisé la gutta-percha. Kirmisson employait le feutre plastique. En certains cas, Gourdon recommande le corset en copeau de bois, assemblé avec colle de menuisier.

Ce corset est un corset hypercorrecteur porté durant le jour ; il peut avoir des ouvertures pour faciliter la respiration, au niveau du creux épigastrique, ou au niveau de la partie déclive du thorax. Il sera parfois utile de placer un tampon compressif au niveau de la saillie costale.

La nuit, l'enfant sera remis dans une gouttière plâtrée établie d'après la technique sus-indiquée pour le lit.

Chez le nourrisson plus âgé pour lequel le traitement passif par appareil n'aurait pas provoqué une amélioration très appréciable, on complètera le port de l'appareil par les attitudes compensatrices et la correction manuelle. Le tronc du jeune enfant

sera doucement incliné en sens opposé de sa déviation latérale et cette attitude sera maintenue pendant quelques instants, plusieurs fois par jour. On pourra, aussi, l'enfant couché à plat ventre sur une table modeler, en la redressant avec la main, la saillie paraspinale.

Il est bien entendu que les enfants ayant présenté des déformations rachidiennes et thoraciques dans les premiers mois de leur existence doivent être particulièrement surveillés au point de vue de leur développement général, et que leur alimentation doit être strictement réglée.

Rappelons, enfin, que ces enfants ne doivent pas être perdus de vue, même si au bout de peu de temps, sous l'influence du traitement, ils semblent redevenus normaux. Il faudra les suivre régulièrement au cours de leur croissance, surtout s'ils présentent des malformations vertébrales. Cette surveillance devra être plus soigneuse au moment de l'adolescence, dans cette période où la croissance du rachis est suractive ; on pourra ainsi prévenir toute récurrence possible de déviation vertébrale.

Le traitement orthopédique des scolioses acquises du nourrisson ne diffère pas de celui des scolioses congénitales. Pour celles qu'on observe le plus souvent les scolioses rachitiques, en dehors du traitement orthopédique, on instituera le traitement général de cette affection. Dans les cas où il s'agit de sujets hérédo-syphilitiques, il sera nécessaire de pratiquer un traitement spécifique.

Observations

Scolioses Congénitales

I. Scolioses par héli-vertèbre

OBSERVATION I (*Chevrier, Thèse*)

Henriette R., 19 mois. Accouchement huitième mois.

A la naissance, l'enfant ne présentait aucune déformation du rachis et ce n'est qu'à quatre mois que la mère remarque à la partie inférieure de la région dorsale une petite saillie osseuse grosse comme un pois qui s'accompagne par la suite de déviation de la colonne du côté gauche. A dix mois, premiers pas.

Examen : Depuis la moitié de la région dorsale jusqu'au niveau du sacrum existe une déviation du rachis formant une courbure à convexité gauche. Cette scoliose dorso-lombaire présente une brusque courbure au niveau de la dernière vertèbre dorsale et on remarque à ce niveau la saillie d'un élément osseux venant former en arrière et à gauche une tumeur dure et indolore grosse comme un petit doigt.

La palpation de la ligne épineuse montre que les apophyses des 10°, 11° et 12° dorsales paraissent massives, moins longues, mais plus larges qu'à l'état normal.

L'aspect général de ce rachis serait un peu celui d'un mal de Pott scoliotique, mais la colonne vertébrale est absolument souple, indolore, et, d'autre part, la déformation date des premiers mois de la vie.

La radiographie montre un coin osseux intercalé à gauche entre la 11^e et 12^e dorsales. La 12^e dorsale ne porte pas de côte à gauche.

OBSERVATION II (A. Mouchet)

Fillette de deux ans vue à la consultation du Docteur Broca à l'âge de un an. Née à terme. Huit jours après la naissance, la nourrice remarqua au niveau de la région dorso-lombaire la présence d'une bosse qu'elle signala aux parents. Cette bosse continua à augmenter peu à peu. C'est seulement au bout de un an que les parents voient un médecin qui diagnostique un Mal de Pott. Elle est vue ensuite par M. Broca, qui pense à une malformation congénitale et ne prescrit aucun traitement. Six mois après, un médecin applique un corset de Sayre qui fut gardé pendant deux mois. Au bout de ce temps, les parents ne constatant aucune modification à la colonne vertébrale, viennent de nouveau consulter M. Broca.

L'examen, à ce moment, montre sur une longueur de douze centimètres une gibbosité très marquée constituée par la série des apophyses épineuses de la 8^e dorsale à la 4^e lombaire. Cette gibbosité n'est pas exactement médiane, elle est déviée du côté gauche où elle présente une forte convexité ; c'est au niveau de la 2^e vertèbre lombaire que la saillie osseuse est la plus prononcée ; elle ne paraît pas, comme dans le reste de son étendue, être constituée par une apophyse épineuse.

mais plutôt par la partie latérale gauche de la vertèbre lombaire. Au-dessus de cette déviation vertébrale, il existe une légère courbure de compensation à convexité droite dans la région dorsale supérieure. L'épaule droite est un peu plus élevée que la gauche. Il n'y a pas de douleurs à la palpation osseuse, l'enfant ne s'est jamais plaint, tous les mouvements du tronc sont normaux, ils ne s'accompagnent pas de la moindre raideur. Aucun signe de rachitisme, parents bien portants, deux sœurs bien portantes.

Radiographie : coin osseux entre la 1^{re} et la 2^e lombaires du côté gauche ; cette pièce osseuse supplémentaire paraît adhérer au bord supérieur de la 2^e vertèbre lombaire, tandis qu'elle est bien distincte de la 1^{re}.

Une autre radiographie pratiquée plus tard permet de constater un fait qui n'avait pas été remarqué jusque-là, c'est-à-dire une soudure entre les 4^e, 5^e, 6^e, 7^e et 8^e côtes gauches formant une sorte de palette osseuse du même côté que la vertèbre supplémentaire.

L'enfant est revu à l'âge de quatre ans. On constate que la difformité a augmenté. Le thorax est notablement plus saillant sur la face antérieure gauche. L'omoplate droite est très détachée du tronc et très relevée. On conseille aux parents l'application d'un corset plâtré.

OBSERVATION III (*Mouchet et Funck-Brentano*)

Garçon de dix-sept mois né un peu avant terme (8 mois) avec une imperforation anale. Peu après la naissance, apparut une déviation de la colonne vertébrale qui augmenta progressivement, se caractérisant par une forte courbure lombaire à convexité droite avec sommet au niveau de la 2^e vertèbre lombaire, le

rachis est souple et indolore, l'enfant ne présente pas de trace de rachitisme. La radiographie montre une hémivertèbre surnuméraire développée seulement en sa moitié droite qui est interposée entre la 1^{re} et la 2^e vertèbre lombaire ; elle est soudée à la 2^e lombaire. D'autre part, la 12^e dorsale ne porte pas de côtes correspondantes ; il n'y a que 11 côtes à droite comme à gauche.

OBSERVATION IV (Gottstein)

Enfant de quatorze jours venus au monde avec une difformité au niveau du dos qui est remarquée de suite par la sage-femme. Antécédents : la mère a eu trois enfants avant celui-ci dont deux sont morts, le troisième est normalement conformé. Il n'y a pas de scoliose dans la famille que ce soit du côté du père ou de la mère.

L'enfant est né un mois avant terme au moment de l'accouchement, il ne s'est écoulé qu'une faible quantité de liquide amniotique.

Examen : l'enfant présente une scoliose droite totale dont le sommet répond à la transition dorso-lombaire. la tête est inclinée à gauche. Cette scoliose présente une résistance absolue au redressement. On remarque en même temps une contracture apparente des muscles spinaux du côté gauche — la main gauche est en griffe — la hanche du même côté est contracturée en flexion. Ces symptômes musculaires disparurent rapidement.

La radiographie montre une première vertèbre lombaire double cunéiforme à base droite. La partie supérieure semble être conformée comme un corps vertébral complet. La partie inférieure qui est réunie à gauche à la supérieure à environ les dimensions d'un demi-corps vertébral et est séparée à l'exception de la partie

gauche du corps vertébral sus-jacent par une zone claire. L'angle que forme la réunion des plans supérieur et inférieur de cette pièce d'aspect "cunéiforme" est d'environ 55° .

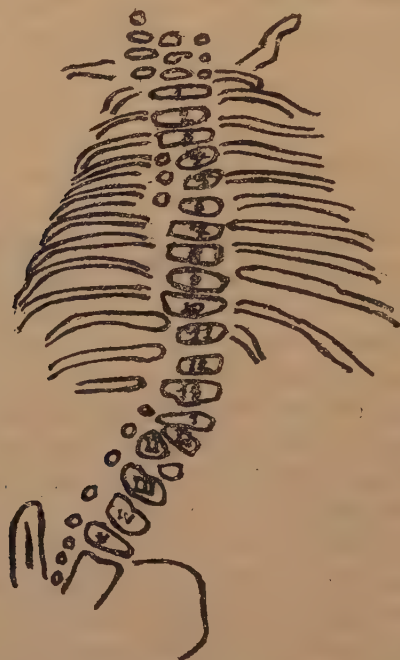


Fig. 1.

La vertèbre lombaire sous-jacente présente de même un aspect anormal. On y voit une fissure nette se dirigeant de haut en bas et de droite à gauche. La partie supérieure est plus grande que l'inférieure — les autres vertèbres lombaires sont normales.

Par contre, il semble que les trois corps vertébraux sus-jacents à la pièce cunéiforme ne sont pas normaux.

La plus proche de largeur normale présente une encoche vers la partie médiane de son bord inférieur. Les deux vertèbres situées au-dessus de celle-ci de dimension égale sont plus étroites que les vertèbres sus-jacentes.

Il semble qu'il existe treize vertèbres dorsales mais à cause des rapports anormaux des côtes ; il est difficile de savoir si cette vertèbre supplémentaire appartient à la colonne lombaire ou dorsale.

Les côtes présentent de même des anomalies de nombre. A droite, les 12° et 13° côtes manquent, à gauche, il existe une longue côte surnuméraire.

Gottstein met à ce moment l'enfant âgé alors de quatorze jours dans un lit plâtré fait en hypercorrection.

Un mois après par suite de la mauvaise application du lit la déformation persistait sans aucune amélioration. On fait un nouvel appareil plâtré. On revoit l'enfant au bout de un mois et on constate l'amélioration de la scoliose.

OBSERVATION V (*Personnelle*)

(*Service de M. le Pr Ombredanne*)

Car... Alfred, un an.

Les parents se sont aperçus que l'enfant se tient incliné à droite depuis l'âge de trois mois.

En août 1924, on constate l'existence d'une scoliose dorso-lombaire gauche avec petite gibbosité au niveau de cette région.

La colonne vertébrale est souple, la 2° lombaire semble être en recul.

La radiographie fait découvrir quatorze vertèbres dorsales et quatorze côtes. Il existe une hémivertèbre lombaire gauche supplémentaire intercalée entre la pre-

mière et la deuxième lombaire, elle est soudée à cette dernière lombaire.

De profil : la 2° lombaire est en retrait sur la rachis.

Antécédents : né à terme. — nourri au sein — père et mère bien portants.

L'enfant est traité par un lit plâtré.

En novembre 1924, la déviation s'est beaucoup redressée, il persiste néanmoins une petite courbure lombaire gauche à sommet au niveau de la 2° lombaire et une faible gibbosité gauche.

Deux mois après, en janvier 1925, le rachis est presque rectiligne, seule une apophyse épineuse est en dehors du rang ; une petite gibbosité lombaire gauche est encore visible. On supprime le lit plâtré.

En mai, 1928, il reste encore une légère scoliose dorso-lombaire gauche et une voussure peu marquée.

OBSERVATION VI (*Personnelle*)

(*Service de M. le P^r Ombrédanne*)

Ca... Jeanne, neuf mois.

Il y a deux mois que la mère a observé l'existence d'une déformation au niveau du dos de l'enfant.

Quand elle est examinée en janvier 1926, la fillette présente une scoliose, à grande courbure, dorso-lombaire droite, avec gibbosité droite marquée. Le rachis est souple.

A cette déviation vertébrale est associée du talus valgus plus marqué à gauche qu'à droite. La radiographie permet de voir que les 9°, 10°, 11° vertèbres dorsales sont cunéiformes.

On place l'enfant dans un lit plâtré celluloïdé.

Un mois après, la déformation s'est déjà améliorée.

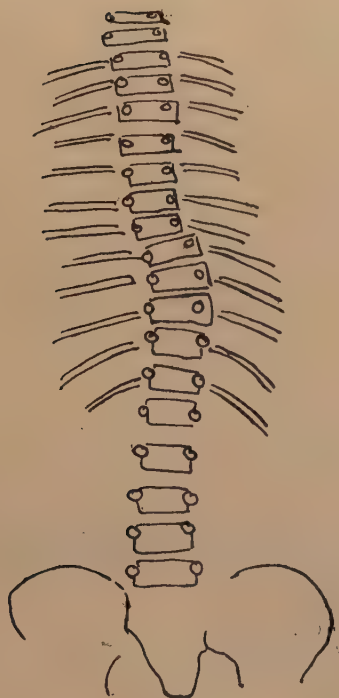


FIG. 2.

En janvier 1927, on remplace le lit plâtré par un corset en celluloïd.

Un an après toute déviation ayant disparu on supprime le corset.

Revue en mai 1928, l'enfant ne présente plus de déformation.

OBSERVATION VII (*Personnelle*)

(*Service de M. le Pr Ombrédanne*)

Des... Marcelle, onze mois.

L'enfant est amenée au mois de novembre 1927 pour

déviations de la colonne vertébrale qui seraient apparues dès la naissance. Il s'agit d'une scoliose dorsale inférieure droite sans gibbosité. Avec déformation en baïonnette au niveau des dernières dorsales.

Sur l'épreuve radiographique, la 12^e dorsale et la 1^{re} lombaire sont malformées.

On met l'enfant dans un lit plâtré.

En mai 1928, la déviation s'est améliorée en même temps que sont apparues des courbures de compensation au-dessus et au-dessous de la courbure primitive.

OBSERVATION VIII (*Cramer*)

Enfant âgé de cinq mois dont les parents remarquent, de suite après la naissance, qu'il se tenait penché à droite.

A l'examen, on constate une scoliose totale à convexité gauche se laissant facilement corriger par le redressement manuel.

La radiographie montre que les corps de la 12^e dorsale et de la 1^{re} lombaire sont plus bas à droite qu'à gauche.

L'enfant est placé dans un lit plâtré en hypercorrection. Au bout de huit mois, la guérison était constatée.

OBSERVATION IX (*Langmead*)

Enfant de dix mois présentant une courbure spinale prononcée à convexité gauche dans la région dorso-lombaire avec courbure de compensation opposée dans la région cervico-dorsale. La courbure primitive est irréductible.

La radiographie montre une vertèbre cunéiforme à base gauche intercalée entre la 12° dorsale et la 1^{re} lombaire.

OBSERVATION X (*Mouchet et Røederer*)

Garçon de un an présentant une gibbosité peu accentuée répondant à l'union des régions dorsale et lombaire — l'enfant est par ailleurs bien constitué et n'a pas d'autres malformations apparentes — cette gibbosité arrondie, non douloureuse à la pression relativement souple, n'est pas franchement médiane.

Elle est surmontée d'une brusque courbure latérale en baïonnette dont le sinus est à droite, à son niveau à gauche de la ligne médiane on note un léger soulèvement des tissus. Quand on palpe la gibbosité on perçoit une masse osseuse latérale qui répond au côté gauche de la 1^{re} lombaire ; au-dessus de la gibbosité on note une courbure latérale droite.

La radiographie montre entre la 1^{re} et 2^e lombaire une pièce osseuse surnuméraire. De plus, on constate l'existence d'une autre pièce vertébrale angulaire interposée entre la 11^e et 12^e dorsales et qui paraît avoir contracté union avec la 11^e dorsale.

OBSERVATION XI (*Mouchet*)

Andrée B... a été en nourrice jusqu'à l'âge de 14 mois ; elle a été nourrie au biberon, elle n'a guère marché qu'après avoir été reprise par les grands-parents, c'est-à-dire vers 18 à 19 mois. Auparavant, elle ne se tenait pas bien assise sur les bras et on devait la porter couchée.

Dès que l'enfant put marcher, on remarqua la déformation de son dos.

Cette déformation, surtout visible quand l'enfant est debout, se traduit par une courbure dorsale à convexité gauche siégeant au niveau de la 9^e vertèbre dorsale. En ce point, la courbure est brusque, et la saillie épineuse fort notable ; c'est un aspect tout particulier qu'il n'est pas habituel de rencontrer dans la scoliose rachitique.

Les côtes gauches de la 7^e à la 10^e forment une gibbosité très prononcée, soulevant l'omoplate.

En avant, le sternum est assez saillant au niveau des dernières articulations chondro-costales. A gauche, la ligne de la taille est tout à fait verticale, même un peu convexe, elle forme un triangle à droite.

On observe une légère courbure lombaire de compensation à convexité droite.

L'enfant marche le ventre en avant, « les reins creusés » ; elle se dandine fort en marchant, mais elle se dandine du tronc, les hanches sont normales.

Quand l'enfant est couchée dans le décubitus ventral, la saillie vertébrale est peu visible, la déformation est à peu près complètement corrigée.

La radiographie permet de constater nettement la présence d'une neuvième vertèbre dorsale atrophiée dans sa moitié droite et ne portant pas de côte correspondante à ce niveau. Cette vertèbre forme une sorte de coin à base gauche, à sommet droit.

Pas d'autres anomalies ni au rachis, ni aux côtes.

OBSERVATION XII

(Observation inédite du D^r Rœderer)

Enfant P...

Scoliose par double héli-vertèbre surnuméraire suivie
7 ans.

L'enfant fut présenté ne marchant pas encore, pour une scoliose accentuée d'apparence totale gauche. A l'examen plus approfondi, on se rendait compte qu'il s'agissait d'une scoliose lombaire avec petite gibbosité paramédiane.

La radio montrait une double hémivertèbre, une entre la 1^{re} et la 2^e lombaires, une autre entre la 10^e et la 11^e dorsales, les deux coins étant placés du même côté.

Lit plâtré immédiat en correction.

A 14 mois, marche normalement mais avec le buste tout à fait transféré à gauche.

La gymnastique est commencée dès l'âge de deux ans 1/2 avec port, dans l'intervalle, d'une ceinture en celluloïd, soutien qui n'a jamais été abandonné jusqu'ici.

A la fin de la première enfance, vers 6 ans, période d'aggravation. Formation d'une scoliose de compensation, accroissement de la gibbosité dorsale et des symptômes de rotation.

Actuellement, à 8 ans, enfant très robuste, musclé anormalement, pas très grand de taille, présentant une scoliose purement lombaire et dorsale inférieure, relativement souple.

On ne pourrait croire à la présence d'une double hémivertèbre.

OBSERVATION XIII

(Observation inédite du D^r Ræderer)

Mlle R. M., scoliose par hémivertèbre surnuméraire suivie 20 ans.

Enfant conduite en consultation à 18 mois parce qu'elle marchait en se dandinant. Diagnostic de luxa-

tion congénitale posé par un confrère de médecine générale.

De fait, à l'examen de l'enfant, arrêtée, debout, on constate une translation très nette du buste à gauche ; quand l'enfant marche, elle conserve un rachis raide, si bien que le thorax participe aux mouvements de balancement du bassin, si commun chez les enfants en bas âge.

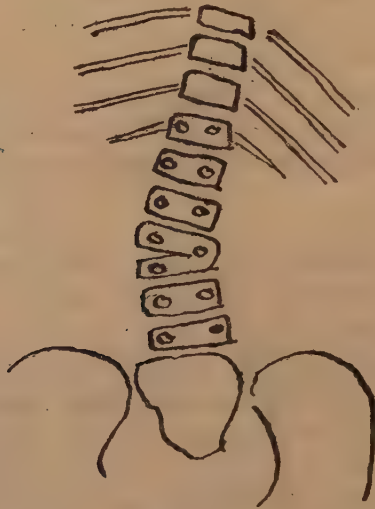


FIG 3.

En examinant le dos de plus près, on se rend compte qu'il existe une déviation scoliotique gauche lombaire, assez accentuée, avec une véritable gibbosité médiane. La radiographie montre une héli-vertèbre supplémentaire incluse entre la 2^e et la 3^e lombaires, à gauche.

On fait porter une petite ceinture orthopédique faite sur un moulage correcteur et dormir la nuit dans un lit

plâtré obtenu par un moulage en correction et ultérieurement surcorrigé.

Sitôt que faire se peut, vers 4 ans environ, gymnastique faite à la clinique et à domicile.

Le traitement n'est plus interrompu jusqu'à l'âge de 20 ans.



FIG. 4.

La jeune fille a actuellement 22 ans. Cette malade a donc été suivie durant plus de 20 ans.

A trois reprises différentes, il y a eu accentuation manifeste de la scoliose, au point de vue courbure et aussi rotation selon l'axe, formation d'une courbure de compensation dorsale, avec ses conséquences de gibbosité costale et d'asymétrie des épaules.

Ces périodes d'aggravation correspondent, semble-t-il, à des périodes de grande croissance, autour de 5 ans, de 8 ans et après la puberté.

Actuellement, la courbure lombaire est encore nette même pour un œil inattentif, mais les triangles de la

taille sont presque égaux. La courbure de compensation dorsale supérieure est insignifiante. La jeune fille est bien développée, un peu trapue peut-être, un peu plus large de bassin que sa taille ne le demanderait. Elle n'a rien présenté d'anormal au cours de son développement qu'un peu d'insuffisance glandulaire.

II. Scoliose avec fusion vertébrale

Observation personnelle

(Service de M. le P^r Ombrédanne)

Jé... Jeanne, treize mois.

L'attention de la mère a été attirée il y a quatre ou cinq mois par la présence d'une gibbosité au niveau du dos de son enfant.

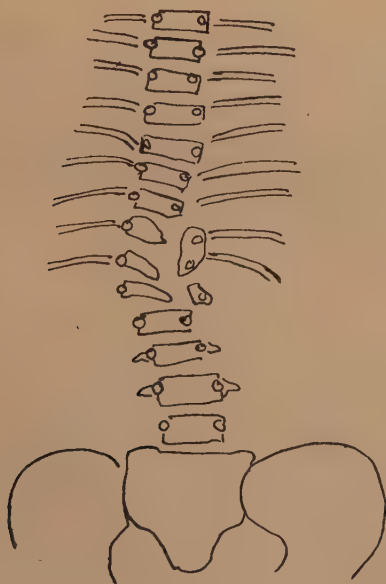


FIG. 5.

L'examen, le 13 février 1924, montre une scoliose dorso-lombaire gauche s'étendant de la 7^e dorsale à la 3^e lombaire, avec, au niveau de la 1^{re} lombaire, une

coudure brusque en baïonnette ; cette déviation coexiste avec une gibbosité dorsale inférieure gauche formée par les 8^e, 9^e, 10^e, 11^e et 12^e côtes.

Sur la radiographie, les 11^e, 12^e dorsales et la 1^{re} lombaire sont scindées en deux groupes latéraux formés à gauche : par trois hémivertèbres ; à droite : par un bloc auquel s'insèrent deux côtes, et par une hémivertèbre luxée en dehors probablement adhérente au corps de la 1^{re} lombaire. La 5^e lombaire et la 1^{re} sacrée présentent un spina.

Antécédents : frère ayant eu un « spina bifida » et mort à quatre mois.

L'enfant est mis dans un corset en celluloïd.

En novembre 1924, le rachis est à peu près rectiligne.

Au mois de mai 1928, il persiste encore une légère scoliose dorso-lombaire gauche sans courbure de compensation sus et sous-jacente. La gibbosité costale inférieure gauche est moins marquée.

III. Scoliose par anomalies costales

OBSERVATION I

(Trape, thèse)

Marie M..., deux ans.

Rien à signaler dans les antécédents. Enfant chétive et petite pour son âge. Elle porte un anus vulvaire situé au-dessus de la fourchette. Au-dessus de la fesse gauche existe une tumeur du volume d'une orange, de consistance pâteuse. La peau qui la recouvre a son aspect habituel. Lorsqu'on comprime cette tumeur, on obtient une réduction partielle et on s'aperçoit que les téguments sont indépendants de cette production. Celle-ci est située au niveau du sacrum en dedans de l'épine iliaque supérieure et postérieure gauche. Entre le bord postérieur de l'os iliaque et la crête sacrée, on plonge les doigts dans une brèche qui intéresse les deux tiers supérieurs de la moitié gauche du sacrum.

La colonne vertébrale présente, dans la direction des apophyses épineuses, une série de courbes dont l'ensemble a l'aspect d'une baïonnette. La direction, à partir du « spina bifida », est à peu près rectiligne jusqu'à la 9° dorsale ; puis elle se dévie vers la gauche en droite ligne et à la hauteur de la 5° dorsale, elle se coude et se dirige en haut jusqu'à la nuque.

La région costale gauche est creusée d'une dépression circulaire entourant en écharpe la moitié latérale gauche du thorax. Cette dépression est sous la dépendance de malformations costales.

La 8° côte bifide se confond à son extrémité antérieure avec le cartilage de la 7° ; son tiers postérieur est uni à la partie correspondante de la 9° formant une palette osseuse s'étendant jusqu'au rachis.

Au-dessus de la 8^e côte est la dépression circulaire due à l'absence des 6^e et 7^e côtes. Cette dépression devient brusquement saillante lorsque la malade fait des efforts de toux.

Le membre inférieur gauche paraît plus grêle que le droit. Le fémur mesure en longueur un centimètre de moins à gauche qu'à droite.

OBSERVATION II (*Silberstein*)

Fillette de cinq mois.

D'après les données de la mère, il n'y a jamais eu jusqu'ici aucune malformation dans la famille. C'est le deuxième enfant et il est venu à terme après une grossesse normale. Il s'agit d'une enfant de constitution délicate présentant une rétraction du sterno-cléido-mastoïdien gauche.

La portion antérieure de la paroi thoracique du côté droit est anormalement convexe ; par contre, au niveau de la partie antérieure gauche du thorax, on note l'existence d'une large dépression pouvant contenir quatre doigts. La palpation montre que six côtes gauches n'atteignent pas le sternum, mais s'arrêtent au niveau de la ligne axillaire où elles se fusionnent sous forme d'une palette osseuse.

Il existe une scoliose lombo-dorsale à convexité droite.

La radiographie donne des résultats confirmant la palpation.

IV. Scolioses sans anomalies osseuses

OBSERVATION I (*Personnelle*)

(Service de M. le Pr Ombrédanne)

M... Rolland. L'enfant, âgé de neuf mois, est examiné au mois de mai 1928 pour une gibbosité dorsale inférieure dont la mère s'est aperçue il y a quinze jours.

Il présente une scoliose dorso-lombaire gauche avec gibbosité du même côté formée par les 8^e, 9^e et 10^e côtes. L'incurvation vertébrale n'est pas brusque. La colonne a conservé sa souplesse.

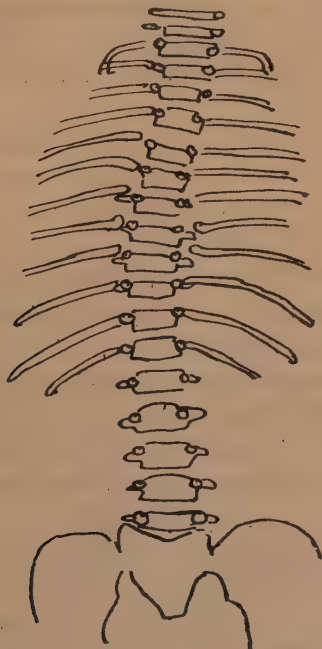


FIG. 6.

L'enfant n'a aucune autre malformation. Pas de stigmate de rachitisme.

Antécédents : L'enfant est né à terme, père et mère bien portants.

La radiographie montre une scoliose à convexité gauche sans aucune malformation vertébrale, pas d'anomalie costale.

On place l'enfant dans un lit plâtré celluloïd.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Service de M. le P^r Ombrédanne)

Ce... La fillette, âgée de onze mois, est amenée dans le service en juin 1922 pour une gibbosité au niveau du dos.

Antécédents : Elle est née à terme et a été nourrie au sein.

On constate au niveau du rachis une courbure allongée dorso-lombaire à convexité gauche avec saillie très marquée de l'angle postérieur des côtes gauches et dépression des côtes droites.

L'omoplate droite est plus petite que la gauche. Le crâne est asymétrique : la partie droite est moins développée que l'opposée.

Sur la radiographie, le sommet de cette scoliose répond à la 11^e vertèbre dorsale, elle est compensée par deux courbures : cervico-dorsale et lombo-sacrée droites. Cette épreuve ne décèle aucune malformation vertébrale.

L'enfant est couchée alors dans un lit plâtré celluloïd.

Elle est vue successivement aux mois d'août, d'octobre et de décembre 1922 : la gibbosité diminue.

En juillet 1923, on remplace le plâtre par un corset en celluloïd.

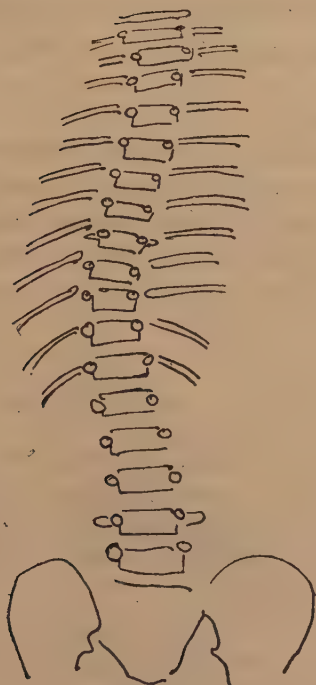


FIG. 7.

Au mois d'octobre de la même année, le rachis est complètement redressé, mais l'hémi-thorax gauche reste plus gros et l'omoplate gauche est un peu plus élevée que celle du côté opposé. On maintient le corset en celluloid.

L'enfant est suivi encore pendant cinq ans dans le service. Au mois de juillet 1928, il n'a plus de déviation du rachis. Seule, persiste une infime gibbosité costale gauche ; suppression du corset.

OBSERVATION III (*Personnelle*)

(*Service de M. le P^r Ombrédanne*)

Bou... Bernard.

L'enfant, né à terme, est âgé de treize mois ; il présente depuis quatre ou cinq mois une déviation de la colonne vertébrale. Il s'agit, comme le montre l'examen pratiqué le 5 juillet 1922, d'une scoliose dorsale supérieure gauche s'étendant de la 2^e à la 9^e vertèbre dor-

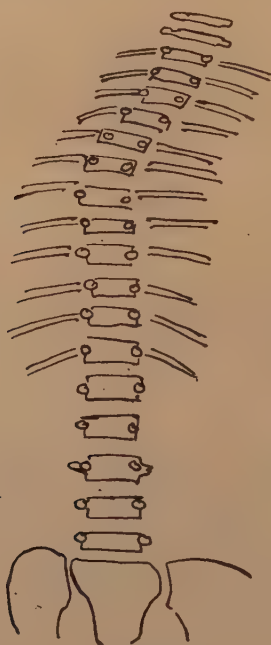


FIG. 8.

sale avec une flèche de un centimètre au niveau de la 6^e, déviation s'accompagnant d'une grosse gibbosité costale postérieure gauche. Cet enfant a, de plus, une division du voile du palais.

Sur la radiographie : pas de malformation du rachis, mais une courbure brusque au niveau de la 7^e dorsale.

Le petit malade est mis dans un lit plâtré ; il est vu successivement au mois de novembre 22 et mars 23, les déformations semblent diminuer.

En juin 1923, on lui fait un corset en celluloid, mais à partir d'octobre 1924 l'enfant s'affaisse, la gibbosité s'accroît. Au cours des années 1926 et 1927 et début 1928, il n'y a pas d'amélioration, l'enfant est envoyé à Berck.

OBSERVATION IV (*Maas*)

Fille de trois mois née à terme. Accouchement normal. Dans la famille on ne retrouve pas de troubles de conformation ; l'enfant a une sœur plus âgée bien portante. Il y a deux ans, la mère mit au monde un enfant mort-né.

Peu de temps après l'accouchement la mère remarquait que l'enfant se tenait dans son lit courbée d'un côté. Au deuxième mois en redressant l'enfant, on découvrit que le rachis était dévié et qu'il existait une voussure au niveau du côté gauche du dos.

L'examen pratiqué à l'âge de trois mois montre un enfant bien conformé dans l'ensemble et présentant une scoliose totale très considérable à convexité gauche dont le sommet répond à la 9^e vertèbre dorsale, on note l'existence d'une gibbosité au niveau de la partie postérieure gauche du thorax. La déviation est assez fixe de telle façon que par une forte extension de la colonne vertébrale on ne peut arriver à la faire disparaître complètement. La voussure n'est pas réduite par le redressement manuel.

L'enfant ne présente pas d'autres malformations, aucun stigmate de rachitisme.

A la radiographie : scoliose totale à convexité gauche s'étendant des premières lombaires jusqu'aux dernières cervicales.

Le nombre et l'aspect des vertèbres sont normaux.

On place alors l'enfant dans un lit plâtré et on pratique des massages au niveau de la portion proéminente du dos.

Trois mois après, ce traitement a donné de très bons résultats et il ne reste que peu de chose de cette scoliose primitivement très marquée.

OBSERVATION V (*Hirschberger*)

Garçon nouveau-né présentant une scoliose lombo-dorsale gauche avec compensation cervico-dorsale droite. La moitié inférieure gauche du thorax est très bombée en avant, l'enfant est traité par un appareil plâtré. Peu de temps après il mourut de pneumonie. A l'autopsie, on ne note pas de déformation vertébrale mais un aplatissement des disques intervertébraux du côté de la concavité. A noter l'existence d'une luxation congénitale de la hanche droite.

OBSERVATION VI (*J. Gourdon*)

La malade a été examinée pour la première fois à l'âge de 18 mois. Elle présentait une flexion latérale gauche à courbure très limitée de la région dorso-lombaire. La radiographie faite à cette époque montrait que la 12^e vertèbre dorsale et les 1^{er} et 2^e vertèbres lombaires

étaient infléchies vers la gauche, formant un arc à rayon court, ces vertèbres avaient une apparence normale, les corps vertébraux des 1^{re} et 2^e lombaires, étaient seulement diminués dans le sens de la hauteur sur toute leur étendue. L'espace intervertébral situé entre les 1^{er} et 2^e lombaires étaient un peu plus large que ceux situés au-dessus et au-dessous.



FIG. 9.

Cette enfant a été revue pendant une période de douze ans : l'aspect de la scoliose ne s'est pas modifié, il n'y a pas eu tendance à la formation de courbures de compensation supérieure ou inférieure.

La radiographie faite à l'âge de quatorze ans a décelé des malformations des vertèbres : les 1^{re} et 2^e lombaires présentent un arrêt de développement des deux tiers du corps vertébral et des apophyses transverses droites ; ces vertèbres se sont soudées vers le rebord de la concavité scoliotique. La 12^e dorsale et 3^e et 4^e lombaires présentent des irrégularités importantes dans leur forme.

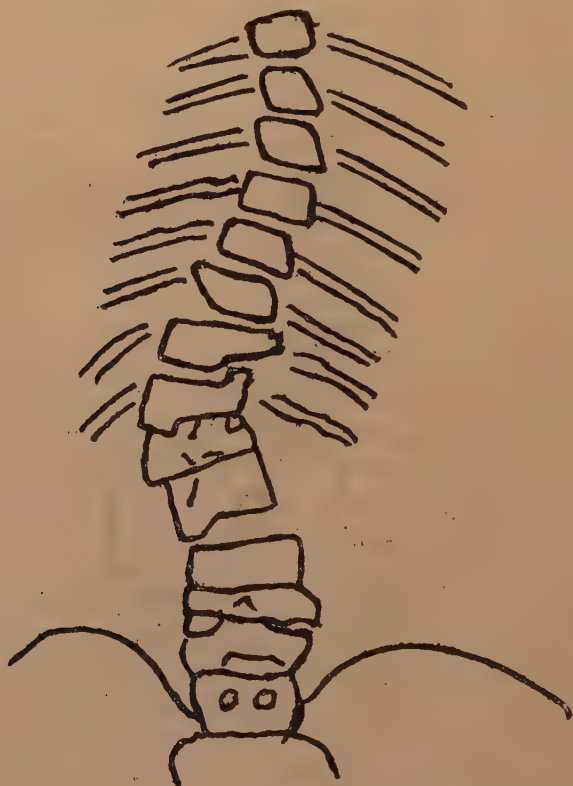


FIG. 10.

Cet arrêt de développement par son siège, sa forme et son étendue ne pouvait être lié à la surcharge provoquée par la position anormale de la région dorso-lombaire du rachis.

OBSERVATION VII

(Due à M. le Dr Albert Mouchet, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, inédite)

Camille Paul, 7 mois $1/2$, est adressé au Docteur Albert Mouchet, le 28 mai 1923, pour une déviation de la colonne vertébrale dorsale.

C'est un bel enfant, né à terme par le siège. Accouchement facile ; suites de couches normales.

L'enfant a été nourri exclusivement au sein maternel pendant 5 mois et demi.

Depuis un mois, il est nourri alternativement au sein maternel et au biberon.

Il ne présente *aucun signe de rachitisme* ; ses incisives médianes inférieures sont sur le point de percer la gencive.

Nous constatons sur lui deux malformations ;

1° une *asymétrie crânienne* avec un léger enfoncement de la région fronto-pariétale gauche : à noter que l'accouchement a eu lieu facilement, sans forceps.

2° Une *scoliose dorsale à convexité gauche* assez prononcée avec saillie en arrière de *toutes les côtes gauches* et dépression de la partie inférieure et postérieure de l'hémithorax droit.

Radiographie du rachis : il n'existe aucune anomalie numérique des vertèbres ; pas non plus d'anomalie de développement, pas de vertèbre cunéiforme.

La réduction paraît facile et sous l'anesthésie chloroformique, la correction de la scoliose est complète ; elle est maintenue par un lit plâtré. Au bout de 3 mois, 2° lit plâtré.

Au bout de 6 mois, on supprime l'appareil plâtré. La correction est si parfaite qu'il est impossible de constater soit une déviation des apophyses épineuses, soit une saillie des côtes.

La guérison s'est maintenue parfaite.

OBSERVATION VIII (*inédite du Dr Roederer*)

Enfant B. A.

Enfant d'origine italienne. Père et mère sains. Nourrie au sein par sa mère. Les parents ont remarqué, dès les premiers mois, que le dos était anormal.

Quand cette fillette est présentée (20 mois) elle marche depuis quelques mois déjà, paraît assez robuste, ne présente aucun signe de rachitisme.

On observe une scoliose à deux courbures dorsale et lombaire, la dorsale très accentuée, s'accompagnant de rotation et d'une véritable gibbosité costale.

Souplesse relative mais correction manuelle et par la pendaison incomplète.

La radiographie ne montre pas d'anomalies vertébrales apparentes et pourtant cette fillette suivie depuis 4 ans, accentue sa scoliose.

Après divers essais de traitement gymnastique et par des appareils de soutien en celluloïd, on pose actuellement la question de la mise provisoire dans un appareil plâtré de correction.

L'aplatissement a continué.

La scoliose évolue avec tassement vertical comme une scoliose grave.

Le pronostic paraît être sombre. Il en a été ainsi quelquefois pour des scolioses congénitales sans malformation apparente à la radiographie.

V. Gibbosité costale avec rachis rectiligne

OBSERVATION I (M. le Dr Lance)

Pa... Jeanne, un an.

Alors que l'enfant était âgée de quinze jours, les parents s'aperçoivent qu'elle a le côté gauche du thorax plus gros en arrière que celui du côté opposé. Elle est examinée par un médecin qui l'envoie au service d'orthopédie des Enfants Malades. On remet alors le traitement à plus tard.

L'enfant est revue au mois de mars 1924, c'est-à-dire à l'âge de un an. On constate que le rachis est rectiligne et que l'hémithorax gauche est en arrière à peine plus gros que le droit.

En juin 1924, l'enfant commence à marcher seule, le rachis est rectiligne, une légère différence persiste entre les deux hémithorax.

En février 1927, la colonne vertébrale est toujours droite.

Antécédents : l'enfant est née à huit mois, la mère n'a pas fait de fausses couches. Elle a été opérée deux ans et demie après la naissance de l'enfant, d'un kyste de l'ovaire de petite dimension.

OBSERVATION II (M. le Dr Lance)

Char... Jacqueline, sept mois.

A l'âge de cinq mois, les parents remarquent que l'enfant a un thorax plus gros à gauche qu'à droite.

Examinée au mois de février 1925, on voit une gibbosité très nette au niveau de la partie postérieure de l'hémithorax gauche — par contre en avant, l'aspect de la

cage thoracique est normal. La colonne vertébrale ne présente pas de déviation. Cette saillie costale semble augmenter au cours de la flexion.

La radiographie confirme l'absence de déviation rachidienne.

Antécédents : l'enfant est née à terme, a été nourrie au sein ; à la naissance, elle ne présentait aucune déformation. La mère n'a pas fait de fausse-couche. Elle a eu un enfant mort à la naissance.

D^r Kirmisson

Fillette de deux mois présentant une scoliose lombaire à convexité gauche, les parents affirment avoir remarqué la déviation dès la naissance.

L'enfant est immobilisée au moyen d'un corset en gutta-percha ; la difformité n'en continue pas moins à progresser.

D^r Sainton

Enfant vu lorsqu'il était âgé de cinq mois, mais l'accoucheur avait signalé la déformation dans la première semaine qui suivit la naissance.

L'enfant était parfaitement conformé, par ailleurs, mais il présentait une forte scoliose à convexité gauche dont la flèche mesurait deux centimètres avec saillie très marquée de l'angle postérieur des côtes gauches et dépression des côtes droites. Il semblait qu'il y avait en plus un léger degré d'atrophie de l'omoplate droite.

L'enfant a été suivi pendant longtemps et grâce à l'application, dès le début, d'appareils en gutta-percha, plus tard de corsets en cuir moulé, par l'emploi à un âge plus avancé du massage et même d'une gymnastique très douce, on a pu obtenir un redressement complet. L'enfant, revu à sept ans, ne présentait pas de traces de sa déformation congénitale.

Coville. Garçon de onze jours présentant une scoliose à convexité droite avec différence de un centimètre entre les dimensions de l'hémi-thorax droit et gauche.

Scolioses Acquises

Scoliose chez deux enfants hérédo-syphilitiques de la même famille (J. Gourdon)

Le premier enfant avait, à l'âge de 18 mois, une scoliose dorsale droite prononcée avec déformation costale angulaire. L'enfant, pâle, amaigri, ne présentait aucune autre déformation du squelette ; né avant terme, il avait été nourri par sa mère dans de bonnes conditions et n'avait eu aucune maladie.

L'auteur apprit plus tard que le père était syphilitique.

Tous les moyens médicaux et orthopédiques furent employés pour enrayer l'évolution de cette scoliose. Repos en attitude corrigée dans un lit plâtré, massage, bains salés, traitement spécifique. Tout échoua, la scoliose s'aggrava et, à 5 ans, l'enfant avait un thorax effondré avec déformations angulaires antérieures et postérieure. Ces déformations se sont fixées provoquant une gêne fonctionnelle du cœur et des poumons.

Une radiographie pratiquée récemment montre le degré très accentué de la courbure scoliotique, le segment dorsal est replié latéralement sur lui-même, les vertèbres ramollies ne sont pas différenciées à ce niveau.

Le frère du précédent malade, plus jeune que lui de 15 ans, fut amené à l'âge de 20 mois parce qu'il avait aussi une déviation de la colonne vertébrale ; il s'agissait d'une scoliose dorsale gauche avec courbure de compensation lombaire gauche. D'aspect plus vigoureux que son aîné, il présentait, outre sa déviation vertébrale du genu-valgum double, des bosses frontales développées et de grosses extrémités radiales et cubitales.

En raison de la nature et de la multiplicité des lésions du squelette, le diagnostic de troubles osseux rachitiques

pouvait être vraisemblable. A cause des antécédents du malade, un traitement spécifique énergique fut institué en même temps que le traitement orthopédique.

L'auteur observe ce malade depuis trois ans ; les déformations se sont peu atténuées, la scoliose s'est aggravée, lentement il est vrai, et il y a lieu d'espérer que l'on préservera ce jeune malade de déformations aussi étendues que celles observées chez son frère.

La radiographie a permis de se rendre compte que les vertèbres dorsales déviées avaient leurs formes et leurs dimensions normales, ce qui confirme le pronostic clinique. Elle a montré, en outre, que la colonne lombaire était constituée par six vertèbres, la 6^e diminuée dans le sens de la hauteur, étalée, mais ne présentant pas d'asymétrie et ne paraissant pas, par suite, avoir provoqué la déviation vertébrale.

Scoliose rachitique (Personnelle)

(Service de M. le P^r Ombrédanne)

Ca... Joseph, 14 mois.

L'enfant, qui est né un mois avant terme, présente, depuis l'âge de 8 mois, une déviation du rachis qui s'est aggravée progressivement.

L'examen pratiqué en juillet 1928 montre une scoliose à trois courbures : dorsale droite, lombaire et cervicale gauches. A cette déviation latérale s'associe un certain degré de cyphose. Au niveau de la partie droite du thorax, les côtes forment en arrière une gibbosité contrastant avec la dépression du côté opposé.

A noter l'existence d'un chapelet costal. Le crâne est asymétrique.

Scoliose rachilique chez une hérédosyphilitique
Due à M. le Docteur J. Gourdon (inédite)

La fillette fut présentée à l'âge de un an parce qu'elle avait une gibbosité costale dorsale droite.

Celle-ci avait été remarquée par un médecin à l'occasion d'une rougeole, alors que l'enfant avait trois mois et demi.

Antécédents : l'enfant était née à terme après un accouchement normal. A trois mois et demi, elle contracta une rougeole qui se compliqua de broncho-pneumonie. D'après les dires des parents, la fillette était normale jusqu'à cette époque, et ce n'est qu'après cette maladie que seraient apparues les difformités qu'elle présente.

Le père et la mère sont bien portants. Ils ont un autre enfant qui est normalement conformé.

A l'examen (juin 1927), on remarquait l'existence d'une déviation dorsale moyenne droite peu accentuée avec forte saillie costale arrondie et courbure compensatrice lombaire légère.

L'enfant était chétive, dans l'impossibilité de se tenir assise ; son crâne, d'un volume exagéré, présentait des bosses frontales particulièrement développées, la fontanelle supérieure était béante ; les membres inférieurs grêles étaient arqués.

La radiographie montra l'incurvation du rachis portant sur la colonne dorsale sans malformation des segments osseux.

L'enfant fut placée dans un lit plâtré correcteur et soumise à un traitement anti-syphilitique.

La fillette est revue six mois après (novembre 1927) ; son état s'est amélioré ; la gibbosité costale a fortement diminué. Le lit plâtré est remplacé par un corset amovible dans lequel l'enfant est maintenu nuit et jour. Elle commence alors à marcher.

Un an après (novembre 1928), l'amélioration s'est accentuée : la gibbosité est encore apparente, mais elle est très aplatie. La courbure dorsale droite est compensée par une courbe lombaire gauche.

Scoliose rachitique (Personnelle)

(Service de M. le P^e Ombrédanne)

Reo... Antoine.

L'enfant, âgé de 17 mois, est amené en juin 1928 pour des déformations vertébrales et costales.

Il est né à terme et était bien portant jusqu'à l'an dernier. C'est à la suite d'une coqueluche, après laquelle l'enfant est resté amaigri, que les déformations se sont développées.

Il s'agit d'un enfant maigre présentant une cyphoscoliose. Le rachis forme une courbure lombo-dorsale à convexité droite avec saillie costale du même côté.

La colonne est souple.

Au niveau de la partie antérieure du thorax existe une dépression sous-mammaire à droite.

Les membres inférieurs sont arqués, les épiphyses radiales sont tuméfiées.

OBSERVATION *inédite* du D^r Rœderer

Enfant I.

Scoliose rachitique chez un enfant très débile de 14 mois.

Enfant présenté pour des déformations multiples des membres et du tronc. Enorme courbure en crosse des fémurs, gros genou, tibias incurvés à concavité interne et postérieure. Courbure des humérus, chapelet thoracique, sillons sous-mammaires, crâne natiforme.

Il s'agit d'un rachitisme grave chez un enfant pourtant nourri par sa mère, après une grossesse et un accouchement normaux.

Wassermann négatif.

Il existe chez cet enfant qui ne s'est jamais tenu debout qui ne se tient pas seul assis, une scoliose considérable droite dorsale, gauche lombaire avec symptômes de grosse rotation et thorax littéralement télescopé comme le sont les scolioses rachitiques plus tardives, que l'on constate généralement à 4 ans, chez des enfants ayant marché.

Traitement de début lit plâtré.

Conclusions

1°) Les scolioses du nourrisson peuvent avoir une origine congénitale ou acquise.

2°) Les scolioses dues à des malformation congénitales sont rares chez le tout jeune enfant, parmi celles-ci les plus fréquentes sont celles dues à la présence d'un coin osseux supplémentaire, ou d'une héli-atrophie vertébrale.

Viennent ensuite celles sans malformation vertébrale ou costale apparente. Plus rares encore, sont celles dérivant d'une fusion des vertèbres ou d'une malformation costale.

3°) Les scolioses acquises ont été moins souvent observées. On a signalé comme causes : le rachitisme surtout ; exceptionnellement, les paralysies consécutives à l'accouchement ou à la poliomyélite.

4°) Le traitement des scolioses congénitales sans modification des vertèbres comprendra le décubitus permanent dans un lit plâtré correcteur.

Pour les scolioses avec malformations rachidiennes, la thérapeutique orthopédique, passive, devra être hypercorrectrice par décubitus dans un appareil constitué suivant une technique appropriée. Si

ces moyens sont insuffisants, on y joindra, plus tard, les manœuvres légères de redressement. Le traitement des scoliozes acquises du nourrisson ne diffère pas de celui des scoliozes congénitales, mais les soins particuliers que comportera la cause ayant provoqué ces scoliozes auront une importance égale à celle de la thérapeutique de redressement.

5°) Le pronostic des scoliozes congénitales varie suivant leur nature, la précocité et le mode de traitement appliqué.

Pour celles qui sont dues à une malformation primitive vertébrale ou costale, on peut espérer prévenir les déviations graves du rachis.

Pour celles ne présentant pas de malformation osseuse apparente, la guérison est fréquente, cependant, on a signalé quelques cas d'aggravation malgré une thérapeutique bien dirigée.

6°) Les scoliozes acquises du nourrisson ont une évolution variable d'après leur cause. Pour celles qui relèvent du rachitisme, l'action d'une médication générale entraînera, jointe au traitement orthopédique, un résultat favorable.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

OMBREDANNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- ANZILOTTI. — Archiv. di Orthopedia, 1922.
- BÜHM. — Beitrag zur Actiologie des angeborenen Schiefhalses. Berlin Klin. Wochensch., 1909, n° 32.
- BOUVIER et BOULAND. — Dict. encycl. des Sc. Med.
- BRETON. — Contribution à l'étude des malformations congénitales des vertèbres cervicales. Thèse Paris, 1921.
- BROCA (A.) et MOUCHET (A.). — La scoliose congénitale. Gaz. Heb. de Méd. et de Chir., Paris 1902.
- CHEVRIER. — Contribution à l'étude anatomique et clinique des anomalies vertébrales congénitales. Thèse Paris 1912.
- COVILLE. — Revue d'orthopédie, 1896, p. 301.
- CRAMER. — Beitrag zur Kasuistik der angeb. Skoliosen. Arch. für Orthop. méd. u. Unfallh Bd V Hefth 4, 1907.
- DENUÉ. — La pratique des maladies des enfants.
- DESFOSSÉS. — Scoliose par malformation vertébrale. Presse Méd., mai 1909.
- Anomalies vertébrales et scoliose. Presse Méd., octobre 1912.
- DUBREUIL CHAMBARDEL. — La scol. congénit., liée à la présence d'une héli-vert. Archives génér. de chirurg., 25 juillet 1913.
- FEIL. — L'absence et la diminut. des vert. cerv. Thèse Paris, 1919.

- FEUTELAIS. — Sol. cong. Rev. d'Orthop., juillet 1913.
- FLEURY. — Thèse Paris, 1900.
- FROELICH. — Sol. cong. avec pied bot var. équien. Bul. Sté Péd. de Paris, 8 nov. 1903, p. 241.
- GOTTSTEIN. — Uber. Angeborene Skoliose. Zeitsch. für Ort. Chir. 1907, Bd 18, p. 345 à 357.
- J. GOURDON. — Scol. grave d'emblée chez 2 enf. de la même famille. Bul. et mém. Sté Méd. et Chir. Bx, 18 janvier 1926.
- Evol. et signe clinique d'une malf. vert. cong., Sté de Méd. et Chir. de Bx, 3 avril 1925.
- Signes cliniques et radiographies de la scol. cong. Journal Méd., Bx, 1926, p. 100 à 102.
- HIRSCHBERGER. — Beitrag zur lehre der angeborenen Skoliosen. Zeitsch. für orthop. Chir. 1899, Bd 7 Heft 1, p. 128.
- JEAN et SOLCARD. — Scol. cong. dorsale haute par hémivert. coexistant avec spina bifida postérieur. Bul. et mém. Sté Anatomique de Paris, 1923.
- JOACHIMSTHAL. — Deux cas de scoliose surnuméraires. Zeithch für orthop. Chir. 1910.
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirur. d'origine cong., 1898.
- Lordose congénit. chez un enf. de 18 mois. Rev. d'Orth., 1902, p. 57.
- Rev. d'Orth., 1910. (
- Des déform. du Bassin liées à l'existence d'un spina-bifida lombo-sacrés. Rev. Ort., octobre 1907.
- Scoliose cong. Rev. Orthop., 1907.
- KLIPPEL et FEIL. — Presse Méd., 1912.
- LAMY. — Scoliose congénit. par malf. lomb. Bul. Sté Péd. 1924.
- LANCE. — Observations de scol. cong. Bul. Sté péd. n° 3 mars 1913.

- Inégalité de longueur des memb. inf. et spina-bifida occulta. Bul. Sté de Méd., octobre 1920.
- Scoliose et spina-bifida lombo-sacré. Bul. Sté de pédiatrie, novembre 1920.
- LANCE. — Malformations congénitales multiples. Bul. Sté Péd., 20 janvier 1920.
- Gibbosités costales et scolioses cong. Bul. Sté de Pédiatrie, 1925.
- LANGMEAD FREDERIK. — Cong. Skoliosis. Proceedings of the royal Society of Medic., mai 1910.
- LE DOUBLE. — Traité des variations de la colonne vert. Double Traité des variations de la colonne vert. de l'homme, Paris 1912, p. 219.
- MAAS. — Ein Fall von angeborene Skoliose, Zeitsch. f. orthop. chir. 1903, Bd II, p. 411.
- MOUCHET. — Gaz. hebdom. méd. et chir., 19 mai 1898.
- Bullet. Sté anatomique, 1899.
- Soc. de Chirurgie, 8 décembre 1909.
- Scol. cong. par malf. cong. de la 5^e vert. lomb. Bulletin Sté Pédiatrie, 18 janvier 1927.
- Deux nouvelles observations de scol. congénit. Revue Orthop., 1910.
- MOUCHET et ROEDERER. — Un cas de scol. cong. sans hémivertèbre. Bullet. Sté Pédiatrie, 18 octobre 1921.
- Un cas de scol. cong. avec double pièce surnuméraire cunéiforme. Bul. Sté Pédiatrie, juin 1920.
- Congrès Assoc. des Pédiatres langues franç., 1922.
- 2 cas nouveaux de scol. congénit. par hémivertèbre. Soc. Pédiatrie, 19 décembre 1922.
- Quelques notions nouvelles relatives à la scol. cong. Revue Orthop., 1923.
- Presse Médicale, 8 juillet 1922.

- La scoliose cong. n'est pas forcément une scoliose du début de la vie, la Médecine, Paris 1922-1923.
- NAU. — Les scol. congénitales. Th. Paris, 1904.
- NOVE-JOSSERAND. — Précis d'orthopédie.
- PENDL. — Ein Fall von angeborener skoliose. Zeitsch. f. orthop. chir., 1902, Bd X Heft, I.
- PERRONE. — Uber kongenitale skoliose. Zeitsch. f. orth. chir., 1906, Bd XV.
- PIECHAUD. — Traité des malades de l'enfance.
- PUTTI. — Beitr. z. Ätiol. Pathog. u. therap. d. anglb. Hochstandes (Forsch. a. d. G. der Röntg. 1908, Bd XII.
- REDARD. — Traité pratique des déviat. de la colon. vertéb., Paris, 1900.
- ROEDERER. — Scol. congén. Revue d'Orthop., mai 1911.
- Deux cas de scol. cong. par hémivert. Bul. Sté Péd., 24 mai 1921.
- Bulletin et mémoires Société Méd., Paris, 11 janvier 1924.
- Traité pratique des déviat. vertéb.
- Anomalies colonne vertébrale. Scalpel, juin 1924.
- Association Médicale Française. Tr. scol. par héli-vertèbres, 1^{er} janvier 1924.
- ROCHER et NOIRÔT. — A propos de 6 cas nouveaux de scol. cong.
- SAYRE. — Revue d'orthop., 1992, p. 141.
- SAINTON. — Bulletin Société de Pédiat., novembre 1903.
- SILBERSTEIN. — Angebör. thoraxdefekte. zeitsch. f. Orthop. chir., 1906, Bd XV.
- TRAPE. — Contribution à l'étude des malform. costales et de la hernie cong. du poumon. Thèse de Bx, 1892-1893.

TRÈVES. — Anomalie de la 5^e vert. lomb. associée à de la scoliose et à un raccourcis. memb. inf. Sté Pédiat. 19 avril 1921.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
